

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

NEKI PREDIKTORI STAVOVA PREMA OBOLJELIMA OD ANOREKSIJE

Diplomski rad

Antonela Meštrović

Mentorica: dr.sc. Anita Lauri Korajlija, doc.

Zagreb, 2014.

Neki prediktori stavova prema anoreksiji

Sažetak: Cilj ovog rada bio je ispitati razlike u stavovima prema anoreksiji ovisno o rodu, osobnoj rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja i uspješnosti prepoznavanja simptoma anoreksije. Uzorak je bio prigodan i prikupljen putem interneta te se sastojao od 730 sudionika; 599 žena i 131 muškaraca. Sudionici su, nakon čitanja opisa 15-godišnje djevojke koja ispunjava dijagnostičke kriterije za anoreksiju, ispunjavali upitnik stavova prema anoreksiji te upitnik SCOFF namijenjen trijaži osoba koje su rizične za razvoj poremećaja hranjenja. Utvrđeno je da žene koje imaju veća znanja o anoreksiji manje okrivljuju oboljelu osobu, manje umanjuju problem i vjeruju da su dugoročni ishodi bolji, dok kod muškaraca takva razlika nije utvrđena. Utvrđene su razlike u stavovima prema anoreksiji s obzirom na rod i osobnu rizičnost. U odnosu na žene, muškarci u većoj mjeri okrivljuju oboljelu osobu i umanjuju problem. Na podljestvicama divljenje i dugoročni ishodi utvrđena je značajna interakcija roda i osobne rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja. Rodne razlike prema anoreksiji na ovim podljestvicama izražene su prvenstveno kod rizičnih skupina sudionika, dok nerizični sudionici imaju podjednake stavove. U odnosu na rizične žene, rizični muškarci smatraju kako su dugoročni ishodi anoreksije lošiji. Kod divljenja, primjetno je izraženije divljenje rizičnih skupina u odnosu na nerizične, s tim da je kod žena divljenje izraženije u odnosu na muškarce.

Ključne riječi: anoreksija, stigma, rodne razlike, osobna rizičnost

Some predictors of attitudes towards anorexia nervosa

Abstract: The aim of this study was to explore differences in attitudes towards anorexia nervosa regarding participants' gender, personal vulnerability for developing an eating disorder and success in recognizing symptoms of anorexia described in the vignette. The convenience sample was collected via Internet and it comprised 730 participants; 599 women and 131 men. After reading the vignette describing a fictional 15-year-old female meeting diagnostic criteria for anorexia nervosa, participants solved the questionnaire which addressed attitudes towards anorexia as well as the SCOFF questionnaire which aimed to screen participants' vulnerability for developing an eating disorder. Results indicate that women with greater knowledge of anorexia symptoms believe in better long-term outcomes of anorexia, they are less likely to blame the described person as well as to minimize her problem, while there was no significant difference found in men depending on knowledge. There were differences in attitudes towards anorexia depending on gender and personal vulnerability. Men are more likely to blame the person described in the vignette and minimize her problems. There were significant interactions of gender and personal vulnerability on items addressing admiration and long-term outcomes. These interactions suggest that gender differences are prominent in participants who themselves have vulnerability for developing an eating disorder. Men with the risk of developing an eating disorder had the most negative attitudes about long-term outcomes of anorexia, as opposed to women with the same risk. Vulnerable participants, and especially women, were more likely to admire the person described in the vignette.

Key words: anorexia nervosa, stigma, gender differences, personal vulnerability

SADRŽAJ

Uvod	1
<i>Stigmatizacija oboljelih od psihičkih bolesti</i>	1
<i>Poremećaji hranjenja</i>	1
<i>Anoreksija (Anorexia Nervosa)</i>	2
<i>Stavovi prema oboljelima od anoreksije</i>	4
<i>Prediktori stavova prema oboljelima od anoreksije</i>	7
Svrha i cilj istraživanja	10
Problemi i hipoteze	10
Metodologija	11
<i>Sudionici</i>	11
<i>Mjerni instrumenti</i>	12
<i>Postupak</i>	14
Rezultati	15
<i>Prvi problem</i>	16
<i>Drugi problem</i>	18
Rasprava	22
<i>Prvi problem</i>	22
<i>Drugi problem</i>	24
<i>Nedostaci i preporuke za buduća istraživanja</i>	27
Zaključak	28
Popis literature	29
Prilozi	34

Uvod

Stigmatizacija oboljelih od psihičkih bolesti

U suvremenom društvu u kojem mnogo govorimo o tjelesnom zdravlju, mentalno zdravlje je još uvijek zanemareno. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije čak 25% Europljana u nekom trenutku života ima poteškoće s mentalnim zdravljem, no unatoč ovom velikom broju stopa traženja pomoći ostaje iznimno niska (World Health Organization, 2014). Upravo negativni stavovi javnosti, odnosno stigmatizacija osoba sa psihičkim problemima, predstavljaju značajnu barijeru u traženju pomoći i uključivanju u adekvatan oblik liječenja te smanjuju kvalitetu života oboljelih osoba (Corrigan, 2004; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer i Rowlands, 2000).

Stigma je socijalni konstrukt koji se sastoji od dvije osnovne komponente: prepoznavanja različitosti na temelju neke oznake i posljedično, obezvrjeđivanje osobe koja je nositelj te oznake (Haetherton, Kleck, Hebl i Hull, 2000). Stigmatiziranje određene skupine obično se očituje u negativnim stavovima, diskriminaciji, izoliranju i nejednakosti postupanja (Phelan, Link, Stueve i Pescosolido, 2000). Iako postoji značajan broj istraživanja koja se bave stigmatizacijom oboljelih od psihičkih bolesti, takva se istraživanja i danas najčešće zaustavljaju na ispitivanju stigme povezane s depresijom, bipolarnim poremećajem i shizofrenijom (Crow i Peterson, 2003). Tek se u posljednjih desetak godina istraživački interes okreće ispitivanju stigme prema oboljelima od poremećaja hranjenja te je to područje, unatoč rastućoj incidenciji poremećaja hranjenja, još uvijek slabo istraženo (Griffiths, Mond, Murray i Touyz, 2014).

Poremećaji hranjenja

Poremećaji hranjenja podrazumijevaju širok skup relativno sličnih poremećaja čije su glavne značajke pretjerana zabrinutost i usmjerenost pojedinca na kontrolu oblika i težine tijela, a popraćeni su neredovitim ili kaotičnim obrascima unosa hrane (Hsu, 1990; prema Pokrajac-Bulian, 2000). Većinu oboljelih čine žene, a primjetne su značajne međukulturalne razlike u incidenciji ovih poremećaja. Prema mnogim istraživačima, različita štetna ponašanja vezana uz kontrolu težine i oblika tijela mogu se promatrati na kontinuumu, pri čemu poremećaji hranjenja čine ekstremni oblik

takvog sveprisutnog ponašanja (Nasser i Katzman, 2004; Polivy i Herman, 2002). Iako manji broj pojedinaca razvije potpunu kliničku sliku poremećaja hranjenja, velik broj ljudi u zapadnjačkim društvima pokazuje karakteristične simptome poput provođenja štetnih ponašanja s ciljem mršavljenja, neprihvatanja vlastitog tijela, vrednovanja sebe na temelju tjelesne težine i sl. (Nasser i Katzman, 2003). Nezadovoljstvo izgledom i provođenje dijete su u suvremenom društvu normativni (Aronson, Wilson i Akert, 2005), a istraživanja sustavno pokazuju kako su subklinički oblici poremećaja hranjenja široko rasprostranjeni (procjenjuje se da se takvi oblici javljaju čak pet puta češće od potpuno razvijenih sindroma) (Dancyger i Garfinkel, 1995; prema Nasser i Katzman, 2003).

Razlikujemo tri osnovna oblika poremećaja hranjenja: anoreksiju, bulimiju i kompulzivno prejedanje (American Psychiatric Association, 2013). Kako velik broj poremećaja hranjenja teško podliježe klasifikaciji zbog preklapanja među kategorijama te je čest prelazak pojedinca iz jednog tipa poremećaja hranjenja u drugi, postoji i dijagnostička kategorija nespecifičnih poremećaja hranjenja (Palmer, 2003). Iako je kod svih oblika poremećaja hranjenja sržna psihopatologija slična, vidljivi simptomi, načini liječenja i ishodi bolesti se značajno razlikuju, stoga ne iznenađuju podatci da stavovi javnosti prema različitim oblicima poremećaja hranjenja nisu podudarni (Mond, Robertson-Smith i Vetere, 2006). Zbog obima teme, u ovom radu bavit ćemo se samo stavovima prema anoreksiji.

Anoreksija (Anorexia Nervosa)

Anoreksija je oblik poremećaja hranjenja koji se obično javlja u adolescenciji, a karakteriziraju ga restriktivni obrasci unosa hrane, značajno gubljenje na težini, strah od debljanja, iskrivljena percepcija vlastitog tijela te izražen utjecaj oblika tijela i težine na samoevaluaciju (American Psychiatric Association, 2013). Hoeken, Seidell i Hoek (2003) navode kako su dosadašnja epidemiološka istraživanja anoreksije pokazala su da je prevalencija anoreksije najmanje 0.3%, a incidencija je najveća za ženske osobe od 15 do 19 godina i iznosi 8 na 100 000 osoba godišnje. Važno je istaknuti i kako je od 1950-ih godina primjetan rast incidencije anoreksije, posebno kod djevojčica i žena od 10 do 24 godine (Hoeken i sur., 2003). Kao i ostali oblici poremećaja hranjenja, i anoreksija je rodno uvjetovan problem, što znači da postoji izražena disproporcija u

broju oboljelih muškaraca i žena. Iako se anoreksija pojavljuje i kod muškaraca, procjenjuje se da od ukupnog broja oboljelih od anoreksije tek 8% čine muškarci (Fichter i Krenn, 2003). Etiologija anoreksije još nije u potpunosti razjašnjena, no znamo da je u podlozi razvoja ovog poremećaja kombinacija bioloških, psiholoških i sociokulturalnih faktora koji su u stalnom međudjelovanju. Kao ključni čimbenici u razvoju anoreksije navode se biološka predispozicija, psihološki čimbenici (npr. perfekcionizam, anksioznost, suočavanje sa stresom), precipitirajući psihosocijalni čimbenici (npr. zadirkivanje od strane okoline, obiteljski obrasci hranjenja) te sociokulturalni čimbenici (usmjerenost na tjelesni izgled, prevladavajući ideal ljepote, rodna neravnopravnost) (Serpell i Troop, 2003; Polivy i Herman, 2002; Ward i Gowers, 2003; Way, 1995; Wilfley i Rodin, 1995).

Anoreksija je jedan od psihijatrijskih poremećaja s najvišom stopom smrtnosti. Većina smrtnih slučajeva uzrokovana je medicinskim komplikacijama ili suicidom. Standardizirana stopa smrtnosti (mjera koja uspoređuje smrtnost oboljelih od anoreksije u usporedbi s općom populacijom) se kreće oko 10, što znači da osoba oboljela od anoreksije ima oko 10 puta veću vjerojatnost smrtnog ishoda u usporedbi s općom populacijom (Nielsen, 2001; Yager i Anderson, 2005; Zipfel, Löwe, Reas, Deter i Herzog, 2002). Kod oboljelih od anoreksije česti su i komorbiditeti s drugim psihijatrijskim oboljenjima što dodatno otežava liječenje (Hudson, Hiripi, Pope, Kessler, 2007). Ipak, unatoč visokoj stopi smrtnosti, čestim komorbiditetima i dugotrajnom procesom liječenja, anoreksija je izlječiva bolest. Liječenje se prvenstveno odvija kroz psihoterapiju, no zahtjeva multidisciplinarni pristup te uključuje medicinsku, nutricionističku, socijalnu i psihološku komponentu. Nema snažnih dokaza da je farmakoterapija efikasna u liječenju anoreksije, niti u akutnom niti u kroničnom stadiju bolesti (Claudino i sur., 2006; Crow i Mitchell, 2009; sve prema Treasure, Claudino i Zucker, 2010). Istraživanja ishoda anoreksije pokazuju da se manje od 50% oboljelih osoba potpuno oporavi, oko 30% doživi poboljšanje, a njih oko 20% razvije kroničnu formu bolesti (Löwe i sur., 2001, Steinhausen, 2002). Važno je napomenuti kako su studije ishoda anoreksije opterećene različitim metodološkim nedostacima te uključuju različite oblike liječenja kao i različite kriterije za potpuni oporavak, što otežava jasne zaključke o izlječivosti ovog poremećaja.

Za anoreksiju je specifično što je ona velikim dijelom egosintoni poremećaj. Oboljeli od anoreksije svjesni su negativnih posljedica ovog poremećaja, no istovremeno doživljavaju osjećaj postignuća, zaštice, posebnosti te užitak u sposobnosti kontrole (Serpell, Treasure, Teasdale i Sullivan, 1999). Osim samih oboljelih, i okolina percipira mnoga ponašanja karakteristična za anoreksiju poželjnima, posebno u početku razvoja bolesti, što dodatno otežava mogućnost rane intervencije (npr. sposobnost kontrole unosa hrane, redovita tjelesna aktivnost, gubitak na težini). U jednom od prvih istraživanja stavova prema oboljelima od anoreksije (Branch i Eurman, 1980), 50% prijatelja i rođaka oboljelih od anoreksije izrazilo je zavist prema samokontroli i disciplini oboljele osobe. Zbog egosintonih karakteristika ovog poremećaja, postojanja stigme i često neadekvatnih mogućnosti liječenja, broj oboljelih od anoreksije koji se kontinuirano liječi je iznimno nizak. Grubo se procjenjuje da je tek 10% oboljelih uključeno u liječenje (Striegel-Moore, Leslie, Petrill i Rosenheck, 2000). Sve ove značajke anoreksije važne su za razumijevanje stavova prema oboljelima na koje ćemo se usmjeriti u nastavku.

Stavovi prema oboljelima od anoreksije

Istraživanja stigme povezane sa psihičkim bolestima pokazala su da se oboljele osobe isključuje iz društva te ih se općenito percipira opasnima, nepredvidivima, neodgovornima, smatra se da nisu sposobni za donošenje samostalnih odluka o svom životu, da su djetinjasti te trebaju skrb drugih ljudi (Rüsch, Angermeyer i Corrigan, 2005). Stavovi prema oboljelima od poremećaja hranjenja ne uklapaju se u takav uobičajen stereotip o psihički bolesnim osobama. Umjesto kroz etiketiranje oboljelih osoba kao opasnih, nepredvidivih, nesamostalnih i sl., dosadašnja istraživanja pokazuju da se stigmatizacija oboljelih od poremećaja hranjenja očituje suptilnije, kroz umanjivanje problema i okrivljavanje oboljele osobe. Uz to, kako je dio simptoma anoreksije društveno prihvatljiv, te se često tumači kao sposobnost samokontrole i upornost, primjetno je divljenje oboljelima od anoreksije, posebno u početnoj fazi bolesti. Prema Easter (2012), ovakvi stavovi prema oboljelima od anoreksije čine kvalitativno različitu vrstu stigme od uobičajene stigme prema oboljelima od psihičkih bolesti. Oboljele od anoreksije se ne etiketira kao psihički bolesne osobe koje su opasne, neuračunljive, nepredvidive i drugačije od „normalnih osoba“, već se njihova ponašanja

često tumače kao stvar osobnog izbora. Ovakvu vrstu stigme autorica naziva „stigma slobodnog izbora“ (eng. *volitional stigma*). Dakle, stigmu prema oboljelima od poremećaja hranjenja može se grubo podijeliti na dvije vrste: (1) stigma povezana s percepcijom oboljelih kao psihičkih bolesnih osoba i (2) stigma povezana s percepcijom poremećaja hranjenja kao slobodnog odabira, izabranog ponašanja umjesto ozbiljnog psihičkog problema. Nalazi dosadašnjih istraživanja podupiru ovu tezu, pokazujući kako je stigma povezana s poremećajima hranjenja najčešće „stigma slobodnog izbora“. Iako je kod dijela sudionika izraženo suosjećanje prema anoreksiji, znatan dio pokazuje stigmatizirajuće stavove. Oboljeli su često percipirani kao osobe koje se odabiru ponašati na takav način jer su tašte ili željne pažnje i jer poremećaji hranjenja nisu toliko težak problem (mogu se lako izliječiti ako to oboljela osoba odluči) (Crisafulli, Van Holle i Bulik, 2008; Crisp, 2005; Crisp i sur., 2000; Easter, 2012; Holiday, Wall, Treasure i Weinman, 2005; Mond i sur., 2006; Roehrig i McLean, 2010; Stewart, Keel i Schiavo, 2006). U nastavku će biti prikazani rezultati studija koje su ispitivale stavove prema oboljelima od poremećaja hranjenja. S obzirom na to da je područje stavova prema poremećajima hranjenja još uvijek slabo istraženo te da je većina istraživanja provedena na studentskim populacijama engleskog govornog područja, važno je imati na umu ograničene mogućnosti generalizacije ovih nalaza kao i potrebu za provođenjem dodatnih istraživanja.

U istraživanju Crispa i suradnika (2000) uspoređivani su stavovi prema različitim psihičkim bolestima kao što su depresija, napadaji panike, poremećaji hranjenja, shizofrenija, ovisnosti i dr. Podatci ukazuju da su oboljeli od poremećaja hranjenja bili najrjeđe ocijenjeni kao „opasni“ i „nepredvidivi“, ali su u usporedbi s drugim psihičkim bolestima u najvećoj mjeri bili okrivljavani za svoju bolest. Tako su oboljeli od poremećaja hranjenja, u usporedbi oboljelima od drugih psihičkih bolesti, najčešće bili ocijenjeni kao osobe koje su same krive za svoj problem i koje bi se mogle izliječiti kad bi htjele. Slični podatci dobiveni su i u istraživanju Stewart i suradnika (2006). U usporedbi s osobom oboljelom od astme i osobom oboljelom od shizofrenije, osoba oboljela od anoreksije bila je najviše okrivljavana za svoje stanje te se smatralo da se najlakše može sabrati i izliječiti.

U istraživanju na reprezentativnom uzorku u Velikoj Britaniji, 33% sudionika istraživanja smatralo je da su oboljeli od poremećaja hranjenja krivi za svoje stanje, a 35% ih je smatralo da bi se oboljele osobe mogle sabrati i izliječiti kada bi htjele (Crisp, 2005). Na studentskom uzorku u SAD dobiveni su još negativniji stavovi, otprilike dvije trećine sudionika se u nekoj mjeri složilo s tvrdnjom da osobe oboljele od anoreksije mogu samo sebe kriviti za stanje u kojem se nalaze, a čak 82% sudionika je smatralo da je oboljelima osobama važno privlačiti pažnju drugih (Mond i sur., 2006).

U istraživanju Holliday i suradnika (2005), pokazano je i kako je javnost previše optimistična u pogledu uspješnosti liječenja. Čak tri četvrtine sudionika smatralo je da je tretman za anoreksiju izrazito učinkovit. Ovi podaci sukladni su i s podacima iz istraživanja Crispa i suradnika (2000), u kojem je 90% sudionika smatralo da su ishodi anoreksije dobri. Iako se ovakav optimističan stav o izlječivosti poremećaja hranjenja u prvi mah može činiti pozitivnim, važno je imati na umu da takav stav može biti povezan s umanjivanjem problema i vjerovanjem kako je oboljela osoba sama izazvala svoju bolest te je stoga sama može i prekinuti. Ovakvi stavovi o izlječivosti anoreksije u suprotnosti su s činjenicom da je liječenje poremećaja hranjenja dugotrajan proces, često i s lošim ishodima (Löwe i sur., 2001; Steinhausen, 2002).

Kad se uspoređivala percepcija anoreksije od strane oboljelih osoba i osoba koje nisu nikad imale poremećaj hranjenja, pokazalo se da su, kao što je i očekivano, sudionici koji nisu imali iskustvo poremećaja hranjenja u značajno većoj mjeri doživljavali anoreksiju kao bolest koja se može kontrolirati (Holliday i sur., 2005). Upravo to što se anoreksija doživljava kao „samoizazvana“ bolest koja je pod potpunom kontrolom oboljele osobe, može biti uzrok za izraženo okrivljavanje, manjak empatije prema oboljelima te vjerovanje kako je bolest lako izlječiva (Stewart i sur., 2006).

Specifičnost stavova prema anoreksiji je i divljenje prema određenim simptomima poremećaja, poput rigidne kontrole unosa hrane, vježbanja i samodiscipline. Posebno je zabrinjavajuće što takvo divljenje nije povezano isključivo s umanjivanjem ozbiljnosti anoreksije. U istraživanju Monda i suradnika (2006) provedenom na studenticama, utvrđeno je da su mnoge sudionice prepoznale ozbiljnost anoreksije, ali su unatoč tome pripisale tom poremećaju poželjne osobine. Taj podatak oslikava kako ambivalentan stav prema anoreksiji ne postoji samo među oboljelima, već

i u široj populaciji. U istraživanju Roehriga i McLean (2010), većina sudionika je izrazila divljenje prema određenim aspektima poremećaja hranjenja, smatrali su da postoje dobrobiti od simptoma poremećaja hranjenja te da bi drugi bili motivirani imitirati ponašanja karakteristična za poremećaje hranjenja.

Uz stigmu povezanu sa psihološkim karakteristikama oboljele osobe, važno je imati na umu i postojanje stigme vezane uz tjelesni izgled oboljelih od anoreksije. Iako je niska tjelesna težina jedan od kriterija za anoreksiju, manji broj oboljelih odgovara stereotipnom prikazu oboljelih od anoreksije koji se često viđa u medijima. Medijska izvještavanja o anoreksiji često su nedostatno informativna i senzacionalistički popraćena slikama ekstremno pothranjenih žena. Takva percepcija javnosti otežava rano prepoznavanje problema te kod oboljelih izaziva sram i vjerovanje kako još uvijek nemaju pravi problem jer ne odgovaraju takvoj slici. S druge se pak strane, o poznatim osobama koje su pothranjene izvještava na način da se njihov izgled povezuje s ljepotom, uspjehom i zadovoljstvom što ponovno ukazuje na ambivalentne stavove društva (O'Hara i Smith, 2007; Way, 1995).

Dakle, može se zaključiti je anoreksija, jedna od najozbiljnijih i najsmrtonosnijih psihičkih bolesti, u očima javnosti često trivijalizirana i predstavljena kao stvar osobnog izbora. Iako je dio ljudi svjestan težine anoreksije, primjetno je stigmatiziranje oboljelih kroz okrivljavanje i umanjivanje problema. Objašnjenje takvog shvaćanja anoreksije može se pronaći u velikoj zastupljenosti ponašanja karakterističnih za poremećaje hranjenja među općom populacijom; načinu na koji mediji izvještavaju o ovom problemu, često ga umanjujući i povezujući s ljepotom, moći, uspjehom i slavnim osobama; vjerovanju kako oboljeli imaju potpunu kontrolu ali i umanjivanjem simptoma od strane oboljelih koji, želeći umanjiti stigmu, u socijalnom okruženju prešućuju mnoge simptome svoje bolesti te se rijetko bore za svoja prava (Crisp, 2005; O'Hara i Smith, 2007; Striegel-Moore i Bulik, 2007).

Prediktori stavova prema oboljelima od anoreksije

U posljednje vrijeme, sve se više istraživanja usmjerava na ispitivanje prediktora stavova prema anoreksiji.

Istraživanja koja ispituju povezanost stavova prema oboljelima s pretpostavkama o etiologiji poremećaja ukazuju na to da je stigmatizacija oboljelih od anoreksije manja kad je sudionicima naglašena biološka komponenta u etiologiji bolesti u odnosu na situaciju kad je naglašena sociokulturalna komponenta. Rezultati takvih istraživanja podupiru atribucijsku teoriju prema kojoj ljudi imaju negativnije stavove kad vjeruju da je problem (u ovom slučaju psihička bolest) u većoj mjeri pod osobnom kontrolom oboljele osobe (Crisafulli i sur., 2008; Stewart i sur., 2006). Iako takvi nalazi sugeriraju da je korisno povećati svijest javnosti o biološkim čimbenicima u etiologiji anoreksije, iznimno je važno da se pritom ne umanjuje značaj psiholoških i okolinskih čimbenika. Usmjeravajući se na biološku etiologiju u objašnjenju ovog poremećaja, javnost može steći pogrešan dojam kako je psihosocijalne faktore razvoja bolesti lakše kontrolirati te je oboljela osoba sama odgovorna za njih. Uz to, takva objašnjenja mogu otežati oporavak oboljelih (djelovanje samoispunjavajućeg proročanstva), povećati osjećaj stigmatiziranosti te indirektno prikazati društvene nejednakosti i rodne stereotipe kao prirodne i nepromjenjive (Easter, 2012; Stewart i sur., 2006; Way, 1995).

Istraživanja u ovom području usmjerila su se i na ispitivanje znanja o anoreksiji. U istraživanju Hunt i Rothman (2007) na studentskoj populaciji, utvrđeno je da je većina sudionika mogla točno identificirati barem jednu bihevioralnu karakteristiku anoreksije, ali je samo 60% sudionika spomenulo bilo kakvu psihološku ili tjelesnu karakteristiku. Sudionici su imali općenita znanja o anoreksiji, no većina ih nije imala specifična znanja o simptomima, uzrocima bolesti, načinima liječenja, trajanju bolesti i ishodima. Sukladno tim nalazima, u istraživanju Holliday i suradnika (2005) 45% sudionika je točno identificiralo anoreksiju kao poremećaj hranjenja, ali je tek 14% muškaraca i 8% žena spomenulo anoreksiju kao psihološki problem. Studenti općenito smatraju da je anoreksija mnogo češća nego što to pokazuju epidemiološke studije, a u različitim istraživanjima na studentskoj populaciji pokazalo se da, pri opisu osobe oboljele od anoreksije, sudionici često smatraju da je glavni problem osobe nisko samopoštovanje a ne poremećaj hranjenja (Holliday i sur., 2005; Mond i sur., 2006). Ovakva vjerovanja kako su anoreksija i drugi poremećaji hranjenja česta pojava, vjerojatno su povezana s umanjivanjem ozbiljnosti anoreksije i mogu potaknuti mlade ljude na eksperimentiranje s rizičnim ponašanjima (Mond i Arrighi, 2011). U istraživanju Monda i suradnika (2006) provedenom na studenticama, utvrđeno je da su

sudionice koje su pri opisu osobe oboljele osobe prepoznale da se radi o anoreksiji u većoj mjeri svjesne ozbiljnosti problema i manje okrivljuju oboljelu osobu u odnosu na ostale sudionice.

Rodne razlike u stavovima prema anoreksiji i drugim poremećajima hranjenja iznimno su slabo istražene. U pionirskim istraživanjima Murraya, Touyza i Beumont (1990) i Smith, Pruitt, Mann i Thelena (1986) (sve prema Mond i Arrighi, 2011) utvrđeno je da muškarci imaju slabija znanja o anoreksiji u odnosu na žene. Do danas, područje rodni razlika u stavovima o anoreksiji ostaje slabo istraženo, te je svega nekoliko suvremenih istraživanja koja se bave ovom problematikom. Muškarci, u odnosu na žene, smatraju kako je anoreksija manje ozbiljan problem te u manjoj mjeri pokazuju suosjećanje prema oboljelima (Mond i Arrighi, 2011). U istraživanju Griffithsa i suradnika (2014), sudionici su više stigmatizirali ženu koja boluje od anoreksije u odnosu na muškarca koji boluje od iste bolesti, a muškarci su općenito u većoj mjeri stigmatizirali oboljele. Ovakvi rezultati u skladu su i s nalazima drugih istraživanja stigmatizacije oboljelih od psihičkih bolesti koja pokazuju da žene manje stigmatiziraju oboljele u odnosu na muškarce (Corrigan i Watson, 2007; Jorm i Wright, 2008). S druge strane, u istraživanju Wingfield i suradnika (2011) dobiveni su podatci kako su stavovi muškaraca i žena prema anoreksiji ujednačeni.

Zanimljivo pitanje u istraživanju stavova prema anoreksiji je i osobna rizičnost za razvoj poremećaja hranjenja, posebno zbog činjenice da su subkliničke forme anoreksije i drugih poremećaja hranjenja česte, posebno među mladim ljudima. Istraživanje Monda i suradnika (2006) ukazuje na to da osobe koje su rizične za razvoj poremećaja hranjenja pokazuju veće divljenje prema oboljelima te imaju manju potrebu za socijalnom distancom. Prema teoriji kognitivne disonance takvi nalazi mogu se objasniti potrebom za racionalizacijom vlastitog ponašanja. S druge strane, moguća je i obrnuta uzročnost. Vjerovanje kako su simptomi anoreksije normativni i poželjni može doprinijeti povećanom riziku za razvoj simptoma poremećaja hranjenja (Mond i sur., 2006).

Iako se još uvijek malo toga zna o individualnim razlikama u stavovima prema oboljelima od poremećaja hranjenja, ohrabrujuće je što se u posljednje vrijeme povećava broj istraživanja u tom području. Istraživanje i razumijevanje individualnih

karakteristika povezanih sa stigmatizacijom oboljelih od anoreksije moglo bi omogućiti dublje razumijevanje stigme i ciljano usmjeravanje preventivskih programa i javno-zdravstvenih akcija.

Svrha i cilj istraživanja

Svrha ovog istraživanja bila je doprinijeti razumijevanju stigme prema oboljelima od anoreksije, potaknuti daljnja istraživanja te dati temelj za razvijanje kvalitetnih preventivskih programa i osvješćivanje javnosti. Kao što je već navedeno, istraživanje stigme prema oboljelima od anoreksije i drugih poremećaja hranjenja izrazito je važno jer su stavovi okoline općenito prema oboljelima od psihičkih bolesti povezani s ranim prepoznavanjem problema, traženjem pomoći te uspješnosti procesa liječenja (Corrigan, 2004; Crisp i sur., 2000). Iako su istraživanja u ovom području još u začetku, te je ovo prvo istraživanje na ovu temu u Hrvatskoj, u posljednje vrijeme pojavljuje se sve veći broj inozemnih istraživanja koja ispituju razne prediktore stavova prema oboljelima od poremećaja hranjenja poput iskustva kontakta s oboljelima, uspješnosti prepoznavanja problema, pretpostavki o etiologiji poremećaja, osobne rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja i sl. Najveći broj tih istraživanja proveden je na uzorku žena te je svega nekoliko istraživanja ispitivalo rodne razlike u stavovima prema oboljelima od poremećaja hranjenja. Cilj ovog rada bio je ispitati razlike u stavovima prema anoreksiji ovisno o rodu, osobnoj rizičnosti za razvoj poremećaja i uspješnosti prepoznavanja simptoma anoreksije opisanih u vinjeti te ispitati postoji li interakcija roda i osobne rizičnosti koja do sada nije bila istraživana.

Problemi i hipoteze

U skladu s ciljevima i nalazima prijašnjih istraživanja, formulirali smo sljedeće probleme i hipoteze:

1) Ispitati razliku u stavovima prema oboljelima od anoreksije između sudionika koji su točno prepoznali simptome anoreksije i onih koji nisu, na 5 podljestvica Upitnika stigme o anoreksiji (dugoročni ishodi, umanjivanje problema, okrivljavanje, socijalna distanca i divljenje).

H1: Postojat će razlika u stavovima o anoreksiji između sudionika koji su točno prepoznali da vinjeta opisuje osobu oboljelu od anoreksije i onih koji nisu. Sudionici koji su točno prepoznali da vinjeta opisuje anoreksiju manje će umanjivati problem i okrivljavati oboljelu osobu, dok se na ostalim podljestvicama upitnika stavova neće razlikovati od ostalih sudionika.

2) Ispitati razliku u stavovima prema oboljelima anoreksije na 5 podljestvica Upitnika stigme o anoreksiji (dugoročni ishodi, umanjivanje problema, okrivljavanje, socijalna distanca i divljenje) ovisno o rodu sudionika i osobnoj rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja (mjerene upitnikom SCOFF) te interakciju ta dva čimbenika.

H2: Sudionici koji su rizični za razvoj poremećaja hranjenja razlikovat će se od grupe nerizičnih sudionika u stavovima prema anoreksiji na podljestvicama divljenje i socijalna distanca. Sudionici koji su rizični za razvoj poremećaja hranjenja iskazivat će veće divljenje i imat će manju socijalnu distancu prema oboljelima u usporedbi s nerizičnom skupinom sudionika, dok na ostalim podljestvicama neće biti razlika.

H3: Postojat će rodne razlike u stavovima prema anoreksiji na podljestvicama umanjivanje i okrivljavanje. U usporedbi sa ženama, muškarci će više umanjivati problem te će više okrivljavati oboljelu osobu, dok se na ostalim podljestvicama neće razlikovati.

H4: Hipotezi o interakciji osobne rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja i roda u stavovima prema anoreksiji pristupa se eksplorativno.

Metodologija

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 730 osoba, od čega 599 (82.1%) žena. Uzorak su činile osobe koje su se odazvale na internetsku anketu distribuiranu preko oglasa na web stranicama, društvenih mreža i elektroničke pošte. U Tablici 1 prikazana je struktura uzorka po rodu, dobi i obrazovanju. Prosječna dob svih sudionika iznosi $M=26.0$ godina

($SD=7.06$), a raspon dobi se kreće od 18 do 60 godina. Glavninu uzorka čine studenti (57.7%), 34.4% sudionika zaposlene su osobe, 7.4% nezaposlene, a 0.4% umirovljene. Od studenata, zastupljeni su bili studenti društveno-humanističkih znanosti (35.2%), tehničkih znanosti (7.9%), medicinskih znanosti (5.6%), poljoprivrednih znanosti (3.7%) te umjetničkih znanosti (1.2%). Prema razini obrazovanja, 40.5% sudionika ima završenu srednju školu, 58.1% višu ili visoku školu, a 1.3% završen doktorski studij.

Tablica 1

Prikaz broja sudionika ovisno o rodu, njihova prosječna starosna dob i dostignuta razina obrazovanja

	<i>Dob</i>		<i>Razina obrazovanja</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SSS</i>	<i>VŠS</i>	<i>VSS</i>
Žene <i>N=599</i>	26.1	7.06	39.4%	30.4%	30.2%
Muškarci <i>N=131</i>	25.1	5.12	45.5%	29.8%	23.8%

Mjerni instrumenti

Upitnik stavova prema anoreksiji (Anorexia Stigma Survey, Mond i sur., 2006) namijenjen je mjerenju stavova prema oboljelima od anoreksije, a konstruiran je na temelju prijašnjih istraživanja stigmatizacije oboljelih od psihičkih bolesti (Jorm i sur., 1999; Crisp i sur., 2000; Corrigan i sur., 2003; Mond i sur., 2004; sve prema Mond i sur., 2006). Za potrebe ovog istraživanja, upitnik je preveden s engleskog jezika na hrvatski jezik. Sastoji se od 20 čestica koje su originalno raspoređene u 5 podljestvica: doprinos društvu (5 pitanja), socijalna distanca (5 pitanja), usmjerenost na sebe (4 pitanja), ozbiljnost (4 pitanja) i divljenje (2 pitanja). Zadatak sudionika je pročitati vinjetu s opisom osobe sa simptomima anoreksije te odgovoriti na različita pitanja koja se odnose na percepciju opisane osobe izražavajući namjeru ponašanja ili stupanj slaganja na ljestvici Likertovog tip s pet stupnjeva. U prethodnim istraživanjima koeficijenti internalne konzistencije (Cronbachov α) kretali su se od $\alpha = .60$ do $\alpha = .94$. Kako su na podacima dobivenim u ovom istraživanju četiri pitanja pokazivala slabu povezanost s ostalima (koeficijent korelacije sa svakim od preostalih pitanja je manji od

$r=.30$), izbačena su iz daljnjih analiza. Kako bi se identificirala faktorska struktura, provedena je faktorska analiza metodom glavnih komponenti uz Kaiser-Guttmanov kriterij za zadržavanje faktora (vrijednost karakterističnog korijena veća od 1) te *varimax* rotaciju glavnih komponenti. Provedena analiza (prilozi 1a i 1b) potvrdila je postojanje pet faktora odnosno podljestvica: dugoročni ishodi (previđanje u kojoj mjeri osoba s takvim simptomima može očekivati pozitivne dugoročne ishode, npr. *Ako pretpostavimo da će Marija dobiti primjeren tretman, mislite li da će ona dugoročno imati dobra prijateljstva?*), umanjivanje problema (npr. *Što mislite koliko je Marijin problem ozbiljan?*), socijalna distanca (npr. *Koliko biste bili spremni biti najbolji prijatelj/prijateljica s Marijom?*), okrivljavanje (u kojoj mjeri osoba sama kriva za problem, npr. *U kojoj mjeri mislite da Marija može samo sebe kriviti za stanje u kojem se nalazi?*) i divljenje (divljenje kontroliranju i sposobnosti reguliranja tjelesne težine, npr. *Koliko zavidite Mariji na njejoj sposobnosti da kontrolira svoju tjelesnu težinu?*). Nazivi podljestvica doprinos društvu i usmjerenost na sebe promijenjeni su u dugoročni ishodi i okrivljavanje kako bi više odgovarali sadržajima pitanja. Rezultati na podljestvicama izraženi su kao kompoziti čestica koje su visoko saturirane pojedinim faktorom, a neka od pitanja su se obrnuto bodovala kako bi na svakom pitanju veći rezultat označavao negativniji stav prema oboljelima od anoreksije (lošiji dugoročni ishodi, veća socijalna distanca, veće okrivljavanje, veće divljenje, veće umanjivanje problema). Koeficijenti internalne konzistencije (Cronbachov α) dobiveni na podacima u ovom upitniku iznose: dugoročni ishodi (5 čestica) $\alpha = .94$, divljenje (2 čestice) $\alpha = .86$, umanjivanje problema (2 čestice) $\alpha = .63$, okrivljavanje (4 čestice) $\alpha = .60$ i socijalna distanca (3 čestice) $\alpha = .71$.

Vinjeta s opisom anoreksije preuzeta je iz istraživanja Mond, Roberston-Smith i Vetere, 2006 (Prilog 2) te je za potrebe ovog istraživanja prevedena s engleskog na hrvatski jezik. Vinjeta sadrži kratak opis 16-godišnje djevojke koja zadovoljava kliničke kriterije za dijagnozu anoreksije nervoze po DSM-IV (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Neposredno nakon što su pročitali vinjetu s opisom osobe oboljele od anoreksije, sudionici su odgovarali na pitanje „*Što mislite koji je Marijin glavni problem?*“. Ponuđeni odgovori su se prikazivali slučajnim redoslijedom, a uključivali su osam različitih mogućih odgovora (npr. problem ili poremećaj povezan s vježbanjem, anoreksija, nisko samopoštovanje, nedovoljna ishrana i sl.). Nakon što su odgovorili na

pitanje, sudionicima je prikazan točan odgovor („*Marijin problem je anoreksija, jedan od oblika poremećaja hranjenja.*“).

SCOFF upitnik (*Sick, Control, One stone, Fat, Food*, Morgan, Reid i Lacey, 1999) namijenjen je probiru osoba koje su visoko rizične za razvoj poremećaja hranjenja, odnosno prepoznavanju psihopatologije povezane s poremećajima hranjenja. Za potrebe ovog istraživanja, upitnik je preveden s engleskog na hrvatski jezik. Upitnik se sastoji od 5 pitanja s ponuđenim dihotomnim odgovorima („Da“ i „Ne“). Pitanja se odnose na ključne simptome poremećaja hranjenja kao što su: kompenzacijsko ponašanje, osjećaj gubitka kontrole, naglo gubljenje težine, iskrivljena percepcija vlastitog tijela i zaokupljenost hranom. Naziv *SCOFF* na engleskom jeziku označava akronim za ključna područja obuhvaćena pojedinim pitanjem upitnika (eng. *Sick, Control, One stone, Fat, Food*). Prema Hill, Reid, Morgan i Lacey (2010), upitnik *SCOFF* je visoko efikasan instrument za probir osoba koje imaju simptomatologiju poremećaja hranjenja, no važno je napomenuti da zbog mogućnosti lažno pozitivnih slučajeva ne može služiti u dijagnostičke svrhe. Koeficijent internalne konzistencije (Cronbachov α) u prijašnjim istraživanjima iznosio je od $\alpha = .47$ do $\alpha = .67$ (Fragkos i sur., 2011; Muro-Sans, Amador-Campos i Morgan, 2008; Siervo, Boschi, Papa, Bellini i Falconi, 2005; Rueda i sur., 2005). U ovom istraživanju, koeficijent internalne konzistencije za upitnik *SCOFF* (Cronbachov α) iznosio je $\alpha = .59$.

Sociodemografski podatci. Sudionici su odgovarali na pitanja o rodu, dobi, stupnju i vrsti obrazovanja.

Postupak

Istraživanje je provedeno putem on-line upitnika na internet stranici Survey Gizmo. Podatci su prikupljeni u rujnu 2013. godine, a istraživanju su mogli pristupiti sve punoljetne osobe s prebivalištem u Hrvatskoj. Poziv na sudjelovanje u istraživanju odaslan je putem oglasa na web stranicama, e-maila i društvenih mreža uz zamolbu sudionicima da prošire upitnik svojim prijateljima i poznanicima. Na početku upitnika bila je navedena uputa za sudjelovanje u istraživanju kao i mogućnost kontaktiranja istraživačice. U pozivu za istraživanje sudionici su zamoljeni da odgovaraju iskreno te je objašnjeno da se istraživanje provodi u sklopu izrade diplomskog rada, s ciljem provjere povezanosti nekih aspekata stavova i ponašanja. Istraživanje je provedeno u

skladu s etičkim načelima struke po Kodeksu etike psihološke djelatnosti Hrvatske psihološke komore (Hrvatska psihološka komora, 2005), osigurana je anonimnost i povjerljivost podataka kao i mogućnost odustajanja od sudjelovanja u istraživanju. Mjerni instrumenti bili su primijenjeni sljedećim redom: vinjeta s opisom simptoma osobe oboljele od anoreksije, točnost prepoznavanja simptoma poremećaja hranjenja, Upitnik stigme o anoreksiji, SCOFF upitnik te naposljetku demografski podatci. Procijenjeno vrijeme ispunjavanja upitnika bilo je 10 min.

Rezultati

Osnovni pokazatelji deskriptivne statistike za sve varijable korištene u istraživanju navedeni su u Tablici 2.

Tablica 2

Teoretski i ostvareni raspon rezultata, aritmetičke sredine, standardne devijacije, Kolmogorov-Smirnovljeve Z-vrijednosti te asimetričnost i ispupčenost krivulja za sve varijable korištene u istraživanju ($N=730$)

	<i>teoretski raspon</i>	<i>ostvareni raspon</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i>	<i>asimetrija krivulje</i>	<i>ispupčenost krivulje</i>
Dugoročni ishodi	5-25	5-25	11.3	4.79	0.12**	0.37	-0.40
Socijalna distanca	3-15	3-14	6.20	2.43	0.12**	0.56	-0.23
Okrivljavanje	4-20	4-20	10.30	3.25	0.07**	0.13	-0.26
Divljenje	2-10	2-10	2.90	1.76	0.41**	2.37	5.22
Umanjivanje problema	2-10	2-8	2.60	1.00	0.40**	2.00	3.92
SCOFF	0-5	0-5	1.00	1.18	0.27**	1.17	0.58

Legenda: K-S – Kolmogorov-Smirnovljev test; ** $p < .01$

Kolmogorov-Smirnovljevim testom testirana je normalnost distribucija svih varijabli korištenih u ovom istraživanju. Rezultati pokazuju da je za Upitnik stigme o anoreksiji distribucija svih podljestvica očekivano pozitivno asimetrična (rezultati tendiraju prema nižim vrijednostima što označava pozitivnije stavove prema osobama oboljelim od anoreksije). Rezultati na upitniku SCOFF također su pozitivno asimetrični,

što je karakteristično za nekliničke uzorke. Prema Monte Carlo studijama (Aron i Aron, 2006) korištenje parametrijske statistike daje neprihvatljive rezultate jedino ako su odstupanja od normalne distribucije ekstremna. Pod ekstremnim odstupanjima smatraju se slučajevi gdje je asimetričnost krivulje (*skewness*) veća od 3 a ispupčenost (*kurtosis*) veća od 10 (Kline, 2005). S obzirom na to da su sve podljestvice Upitnika stigme o anoreksiji korištene u ovom istraživanju pozitivno asimetrične, nema ekstremnih odstupanja od normalne distribucije te se provođenjem neparametrijske statistike dobivaju istovjetni rezultati (izuzev interakcije koju je na taj način nemoguće ispitati), u daljnjoj obradi rezultata koristili smo parametrijske statističke postupke.

Kako bismo odgovorili na prvi problem provjerit ćemo razlikuju li se stavovi sudionika prema osobi oboljeloj od anoreksije ovisno o točnosti prepoznavanja opisanih simptoma kao simptoma poremećaja hranjenja. Ukupno je 54.7% sudionika prepoznalo da je opisani problem anoreksija ili nespecifični poremećaj hranjenja. Najveći dio muškaraca smatrao je da je opisan problem nedostatak samopoštovanja (48.9%), potom anoreksija (24.4%). Kod žena je najveći dio sudionica točno prepoznao kako se radi o anoreksiji (51.9%), a 34.4% ih je smatralo kako se radi o nedostatku samopoštovanja. U Prilogu 3 prikazani su postotci odabira pojedinih ponuđenih odgovora za muškarce i žene. S obzirom na to da postoji zamjetna razlika u točnosti prepoznavanja simptoma anoreksije od strane muškaraca i od strane žena (24.4% sudionika točno prepoznalo simptome naspram 51.9% sudionica; $\chi^2 (1, 730) = 32.89, p < .01$), provedene su zasebne analize za ove poduzorke. U tablicama 3 i 4 prikazani su rezultati t-testa na 5 podljestvica Upitnika stigme o anoreksiji između sudionika koji su točno prepoznali da je u vinjeti opisana osoba oboljela od anoreksije ili nespecifičnog poremećaja hranjenja i ostalih sudionika. U Tablici 3 prikazani su rezultati za muškarce, a u Tablici 4 za žene.

Tablica 3

Rezultati t-testa na 5 podljestvica Upitnika stigme o anoreksiji između muških sudionika koji su točno prepoznali da se radi o simptomima anoreksije ili nespecifičnog poremećaja hranjenja ($N=42$) i ostalih muških sudionika ($N=89$)

<i>PODLJESTVICE</i>						
<i>UPITNIKA STIGME</i>	<i>TOČNOST</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Dugoročni ishodi	T	12.2	5.74	0.13	129	.897
	N	12.3	4.81			
Socijalna distanca	T	5.8	2.62	1.22	129	.224
	N	6.4	2.44			
Okrivljavanje	T	10.9	3.47	1.65	129	.102
	N	11.9	3.22			
Divljenje	T	2.5	1.13	1.80	104	.075
	N	2.9	1.49			
Umanjivanje problema	T	2.9	1.26	0.95	129	.345
	N	3.1	1.34			

Legenda: *T=točno, N=netočno*

Kao što je vidljivo iz Tablice 3, kod muškog poduzorka nema značajnih razlika u stavovima prema anoreksiji s obzirom na točnost prepoznavanja simptoma opisanih u vinjeti. Ovakvi rezultati nisu u skladu s prvom hipotezom, iako je prisutan trend pozitivnijih stavova kod sudionika koji su točno prepoznali simptome anoreksije u odnosu na one koji ih nisu točno prepoznali (posebno na podljestvicama okrivljavanje i divljenje).

Tablica 4

Rezultati t-testa na 5 podljestvica Upitnika stigme o anoreksiji između sudionica koje su točno prepoznale o kojem se poremećaju radi ($N=357$) i ostalih sudionica ($N=242$)

PODLJESTVICE						
UPITNIKA STIGME	TOČNOST	M	SD	t	df	p
Dugoročni ishodi	T	10.7	4.50	2.32*	484	.021*
	N	11.6	4.95			
Socijalna distanca	T	6.2	2.36	-0.32	597	.749
	N	6.2	2.50			
Okrivljavanje	T	9.6	3.12	4.11**	597	.001**
	N	11.0	3.16			
Divljenje	T	2.8	1.78	0.88	597	.328
	N	3.0	1.91			
Umanjivanje problema	T	2.3	0.75	4.12**	411	.001**
	N	2.7	1.02			

Legenda: * $p<.05$; ** $p<.01$, T=točno, N=netočno

Prema rezultatima iz Tablice 4, stavovi sudionica koje su točno prepoznale o kojem se problemu radi i onih koji nisu značajno se razlikuju na podljestvicama dugoročni ishodi, okrivljavanje i ozbiljnost problema. Sudionice koje su točno prepoznale vrstu poremećaja smatraju da su dugoročni ishodi bolji, manje okrivljuju oboljelu osobu te manje umanjuju problem. Rezultati su u skladu s prvom hipotezom, osim utvrđene razlike u stavovima o dugoročnim ishodima koja nije bila očekivana.

Kako bismo odgovorili na drugi problem ovog istraživanja, sudionike smo prema rezultatima na upitniku SCOFF svrstali u dvije kategorije: rizični (ukupni rezultat na upitniku $SCOFF \geq 2$) i nerizični (ukupni rezultat na upitniku $SCOFF < 2$). Prema originalnom istraživanju Morgana i suradnika (1999), osobe koje imaju dva ili više potvrdnih odgovora na pitanja iz upitnika SCOFF visoko su rizične za postojanje poremećaja hranjenja. Takav granični rezultat pokazao se optimalan i u drugim studijama (Garcia i sur., 2010, Garcia-Campayo i sur., 2005; Hill i sur., 2010) te je korišten i u ovom istraživanju. Prikaz udjela sudionika u svakoj kategoriji po rodu te aritmetičke sredine i standardne devijacije ukupnih rezultata na upitniku SCOFF za poduzorke formirane s obzirom na rod i rizičnost nalaze se u Tablici 5.

Tablica 5

Aritmetička sredina i standardna devijacija ukupnih rezultata na upitniku SCOFF za pojedine poduzorke (granični rezultat na upitniku SCOFF= 2; sudionici koji imaju rezultat 2 i više su rizični za razvoj poremećaja hranjenja)

	<i>Rizični</i>			<i>Nisu rizični</i>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Žene	155 (25.9%)	2.7	0.80	444 (74.1%)	0.4	0.48
Muškarci	30 (22.9%)	2.7	0.79	101 (77.1%)	0.4	0.48

Kako bismo provjerili razliku u stavovima prema anoreksiji s obzirom na rod i rizičnost te ispitali postojanje interakcije između tih dvaju prediktora za svaku podljestvicu Upitnika stigme prema anoreksiji, proveli smo pet složenih analiza varijance. Pokazatelji deskriptivne statistike za svih 5 podljestvica Upitnika stigme o anoreksiji, nalaze se u Tablici 6.

Tablica 6

Pokazatelji deskriptivne statistike (*M*, *SD* i *N*) za različite skupine sudionika s obzirom na rizičnost i rod na 5 podljestvica Upitnika stigme o anoreksiji (R= rizični za razvoj poremećaja hranjenja; NR=nisu rizični za razvoj poremećaja hranjenja; UK=ukupno)

		<i>N</i>	<i>Dugoročni ishodi</i>		<i>Socijalna distanca</i>		<i>Okrivljavanje</i>		<i>Divljenje</i>		<i>Umanjivanje problema</i>	
			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
MUŠKARCI	R	30	14.1	5.66	6.7	2.91	12.5	3.24	3.3	1.73	3.1	1.16
	NR	101	11.7	4.84	6.1	2.36	11.3	3.31	2.6	1.24	3.0	1.36
	UK	131	12.3	5.11	6.2	2.50	11.6	3.23	2.7	1.40	3.0	1.31
ŽENE	R	155	10.8	4.94	6.2	2.56	9.9	2.89	4.5	2.70	2.6	0.91
	NR	444	11.2	4.62	6.2	2.35	10.1	3.27	2.3	0.91	2.4	0.87
	UK	599	11.1	4.70	6.2	2.41	10.0	3.17	2.9	1.83	2.5	0.88
	R	185	11.3	5.19	6.3	2.34	10.4	3.09	4.3	2.60	2.7	0.97
	NR	545	11.3	4.66	6.2	2.35	10.3	3.31	2.4	0.98	2.5	1.00
	UK	730	11.3	4.79	6.2	2.43	10.3	3.25	2.9	1.76	2.6	1.00

Rezultati analiza varijance za 5 podljestvica upitnika stigme prema anoreksiji nalaze se u Tablici 7.

Tablica 7

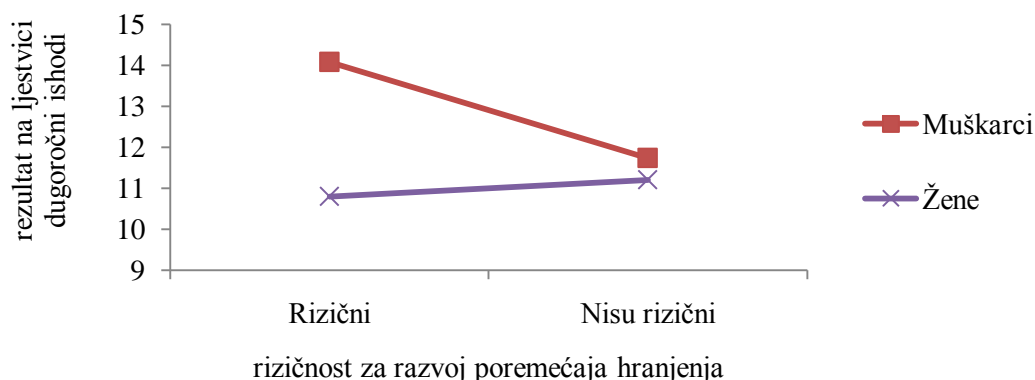
Rezultati složene analize varijance za 5 podljestvica Upitnika stigme prema anoreksiji (dugoročni ishodi, socijalna distanca, okrivljavanje, divljenje i umanjivanje problema) ovisno o rodu sudionika i rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja ($df=1$, $N=730$)

	<i>F-omjeri</i>				
	<i>Dugoročni ishodi</i>	<i>Socijalna distanca</i>	<i>Okrivljavanje</i>	<i>Divljenje</i>	<i>Umanjivanje problema</i>
<i>Rizičnost</i>	3.15	10.05	2.07	66.86*	2.00
<i>Rod</i>	12.33*	2.84	26.97*	6.86*	23.11*
<i>Rizičnost x rod</i>	6.29*	7.06	3.47	16.01*	.017

Legenda: * $p < .01$

Dugoročni ishodi

Provođenjem složene analize varijance za podljestvicu Upitnika stigme o anoreksiji *dugoročni ishodi* ovisno o rodu i rizičnosti sudionika, pokazalo se kako postoji efekt roda te statistički značajna interakcija roda i rizičnosti (Tablica 7). Muškarci općenito smatraju dugoročne ishode anoreksije lošijima. Analiza interakcije pokazuje kako su stavovi muškaraca i žena o dugoročnim ishodima anoreksije različiti ovisno o njihovoj rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja. Nerizični muškarci i žene imaju podjednake stavove ($t(543) = 1.06$; $p > .05$), dok u skupini rizičnih muškarci imaju značajno negativnije stavove o dugoročnim ishodima od žena ($t(183) = 3.24$; $p < .01$) (Slika 1).



Slika 1. Prosječni rezultati na upitniku stavova prema anoreksiji (podljestvica dugoročni ishodi), ovisno o rodu sudionika i osobnoj rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja ($N=730$)

Socijalna distanca

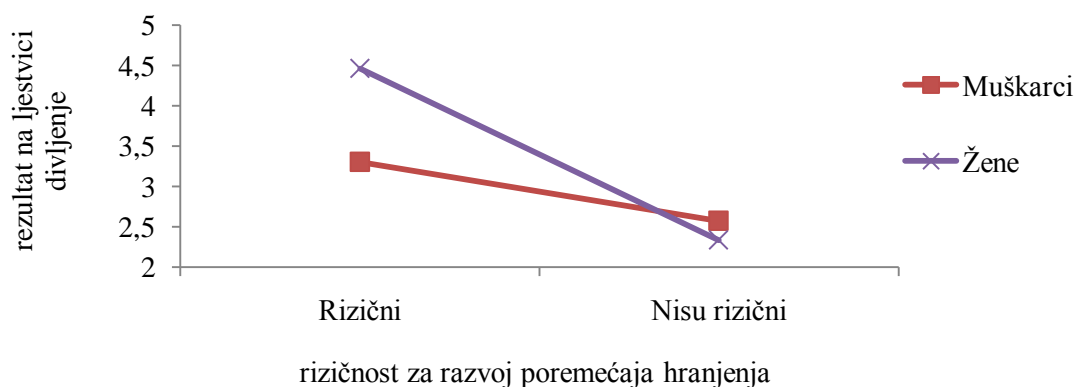
Provođenjem složene analize varijance za podljestvicu Upitnika stigme o anoreksiji *socijalna distanca* ovisno o rodu i rizičnosti sudionika, pokazalo se kako ni glavni efekti ni interakcija nisu statistički značajni (Tablica 7).

Okrivljavanje

Provođenjem složene analize varijance za podljestvicu Upitnika stigme o anoreksiji *okrivljavanje* ovisno o rodu i rizičnosti sudionika, pokazalo se kako je značajan glavni efekt roda, dok interakcija i glavni efekt rizičnosti nisu statistički značajni (Tablica 7). Muški sudionici, u usporedbi sa ženama, statistički značajno više okrivljuju osobe oboljele od anoreksije.

Divljenje

Provođenjem složene analize varijance za podljestvicu Upitnika stigme o anoreksiji *divljenje* ovisno o rodu i rizičnosti sudionika, pokazalo se kako značajni svi glavni efekti i interakcija (Tablica 7). Rizični sudionici izražavaju veće divljenje u usporedbi s nerizičnima, a žene se više dive oboljeloj osobi nego muškarci. Iz analize interakcije roda i osobne rizičnosti za poremećaj hranjenja vidljivo je da je kod nerizičnih skupina sudionika divljenje podjednako ($t(125)= 1.86$; $p> .05$). No, kad su sudionici rizični, i muškarcima i ženama poraste divljenje prema anoreksiji, s tim da je to divljenje kod rizičnih žena statistički značajno izraženije nego kod rizičnih muškaraca ($t(60)= -3.05$; $p< .01$) (Slika 2).



Slika 2. Prosječni rezultati na upitniku stavova prema anoreksiji (podljestvica divljenje), ovisno o rodu sudionika i osobnoj rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja ($N=730$)

Umanjivanje problema

Provođenjem složene analize varijance za podljestvicu Upitnika stigme o anoreksiji *umanjivanje problema* ovisno o rodu i rizičnosti sudionika, pokazalo je značajan glavni efekt roda dok glavni efekt rizičnosti i interakcija nisu statistički značajni (Tablica 7). Muškarci statistički značajno više umanjuju problem anoreksije.

Rasprava

U posljednje vrijeme, sve je više istraživanja koja se bave ispitivanjem stavova prema oboljelima od poremećaja hranjenja. Rezultati tih istraživanja ukazuju na to da postoji stigmatizacija oboljelih od anoreksije, no da se očituje suptilnije od stigme prema drugim psihičkim bolestima, najčešće kroz okrivljavanje, umanjivanje problema i divljenje određenim aspektima bolesti (Crisafulli i sur.; Crisp, 2005; Holiday i sur., 2005). S obzirom na slabu istraženost prediktora takvih stavova, ovo istraživanje usmjerilo se na ispitivanje razlike u stavovima prema anoreksiji s obzirom na uspješnost prepoznavanja simptoma anoreksije, rod sudionika i osobnu rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja.

Razlike u stavovima prema anoreksiji s obzirom na uspješnost prepoznavanja simptoma

Prethodna istraživanja ističu razliku u percepciji ozbiljnosti anoreksije i okrivljavanju oboljele osobe između sudionika koji su točno prepoznali poremećaj i onih koji nisu (Mond i Arrighi, 2011; Mond i sur., 2006). Predtestiranje razlika u točnosti prepoznavanja simptoma anoreksije ovisno o rodu sudionika pokazalo je da postoje znatne razlike u prepoznavanju anoreksije kod muškaraca i kod žena. Polovina sudionica (51.6%) je točno prepoznala simptome anoreksije dok je kod muškaraca taj postotak bio znatno niži (24.4%).

Podatci da čak polovina žena i tri četvrtine muškaraca ne prepoznaju simptome anoreksije ukazuju na zabrinjavajuće nisku informiranost o simptomima anoreksije i kod muškaraca i kod žena, posebno s obzirom na činjenicu da je anoreksija poremećaj hranjenja o kojem se u medijima mnogo govori. S druge strane, mediji nerijetko prikazuju anoreksiju na senzacionalistički način te su takvi prilozima često popraćeni slikama ekstremno pothranjenih osoba što može znatno otežati prepoznavanje simptoma u svakodnevnim situacijama (O'Hara i Smith, 2007; Way, 1995). Uz to, široka rasprostranjenost simptoma poremećaja hranjenja poput podvrgavanja restriktivnim dijetama, pretjerane usmjerenosti na izgled i oblik tijela te kaotičnih obrazaca hranjenja, zamagljuje granicu između nekliničkih i kliničkih skupina i tako može otežati prepoznavanje i razumijevanje razvoja poremećaja hranjenja (Nasser i Katzman, 2003). Tome u prilog govore i podatci kako su, u ovom istraživanju, polovina muškaraca (48.9%) i trećina žena (34.4%) smatrali da je glavni problem opisane osobe nedostatak samopoštovanja, a ne poremećaj hranjenja.

S obzirom na utvrđene rodne razlike u prepoznavanju anoreksije, zasebno smo analizirali razlike u stavovima o anoreksiji ovisno o točnosti prepoznavanja poremećaja kod žena i kod muškaraca. U skupini muškaraca takva razlika nije utvrđena, dok s druge strane, sukladno hipotezi i prijašnjim nalazima, sudionice koje su više informirane o simptomima anoreksije smatraju problem ozbiljnijim i manje okrivljuju oboljelu osobu, ali i, neočekivano, smatraju da su dugoročni ishodi bolji. Stavovi o pozitivnijim dugoročnim ishodima kod ove skupine mogu proizlaziti iz suosjećanja s oboljelima i potrebe za destigmatizacijom anoreksije te se mogu protumačiti kao napor protiv doživljavanja te bolesti kao kroničnog, neizlječivog stanja. Ovi rezultati ukazuju na to

da je kod žena veća informiranost o anoreksiji povezana s pozitivnijim, manje stigmatizirajućim stavovima.

S druge strane, kod muškaraca ne postoji značajna razlika u stavovima s obzirom na informiranost o anoreksiji što može ukazivati na to da za smanjenje stigme prema anoreksiji kod muškaraca nije dovoljno samo površno informiranje o poremećaju, već i dublje razumijevanje složenih iskustava povezanih s hranom i doživljavanjem svog tijela s kojima su žene suočene u današnjoj kulturi. Iako brojna istraživanja ukazuju na uspješnost edukacijskih programa u umanjivanju stigme povezane s psihičkim oboljenjima, pokazalo se da je takav pristup učinkovitiji kod onih pojedinaca koji imaju veće prijašnje znanje ili iskustvo kontakta s oboljelim osobom. Iz toga se može zaključiti kako informiranje i educiranje o stigmatiziranim skupinama naj snažnije utječe na one koji se već slažu s porukama koje se žele promicati (Devine, 1995; prema Rüsch, Angermeyer i Corrigan, 2005). Upravo to može biti objašnjenje zbog čega veća informiranost o anoreksiji kod muškaraca nije povezana s manje stigmatizirajućim stavovima.

Iako ovi rezultati sugeriraju da je informiranost o anoreksiji u ograničenoj mjeri povezana sa stavovima prema oboljeloj osobi, važno je imati na umu da je informiranje o simptomima anoreksije važno ne samo zbog smanjenja stigme već i zbog pravovremenog reagiranja na prve simptome bolesti. Istraživanja pokazuju kako je rano prepoznavanje simptoma anoreksije povezano sa značajno većom uspješnošću liječenja, a uloga okoline je posebno izražena zbog toga što inicijativa za početak liječenja, zbog egosintonosti anoreksije, često dolazi iz okoline (Corrigan, 2004; Crisp i sur., 2000).

Razlike u stavovima prema anoreksiji s obzirom na rod i osobnu rizičnost za razvoj poremećaja hranjenja te njihovu interakciju

Područje rodni razlika slabo je istraženo, te je svega nekolicina istraživanja koja se bavila ovom tematikom. Prema istraživanjima Griffithsa i suradnika (2014) i Monda i Arrighi (2011) provedenima na studentskoj populaciji, muškarci u usporedbi sa ženama više umanjuju problem te manje suosjećaju s oboljelim osobom. S druge strane, u istraživanju Wingfield i suradnika (2011) pokazalo se da muškarci i žene imaju podjednake stavove prema osobi oboljeloj od anoreksije. U našem istraživanju utvrđene su razlike u stavovima prema anoreksiji s obzirom na rod i osobnu rizičnost. Muškarci u većoj mjeri okrivljuju oboljelu osobu i umanjuju problem, dok su na podljestvicama divljenje i dugoročni ishodi rodne razlike u stavovima izražene prvenstveno kod rizičnih skupina sudionika. Rizični muškarci u odnosu na ostale skupine sudionika vjeruju kako su dugoročni ishodi anoreksije negativniji (Slika 1), dok s druge strane, rizične žene pokazuju izraženije divljenje prema anoreksiji od ostalih skupina sudionika (Slika 2). Dakle, rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da muškarci imaju negativnije stavove prema oboljelima od anoreksije, ali i da su rodne razlike na nekim podljestvicama posebno istaknute kod sudionika koji su rizični za razvoj poremećaja hranjenja.

Objašnjenje rodni razlika može se pronaći u različitim iskustvima muškaraca i žena iz čega proizlazi dublje razumijevanje anoreksije od strane žena i snažnije identificiranje žena s oboljelim osobom. Muškarci su u mnogo manjoj mjeri izloženi kulturalnom pritisku povezanom s tjelesnim izgledom, mnogo rjeđe obolijevaju od poremećaja hranjenja, manje su zastupljeni u subkliničkim oblicima ovih poremećaja, u manjoj mjeri temelje svoju vrijednost na izgledu i manje su nezadovoljni svojim tijelom, rjeđe su potrošači proizvoda za mršavljenje, rjeđe se podvrgavaju drastičnim dijetama i sl. (Grogan, 2008). Takva različitost iskustva muškaraca i žena u našoj kulturi može utjecati na slabije razumijevanje problema poremećaja hranjenja od strane muškaraca, što dovodi do većeg okrivljavanja osobe i umanjivanja problema. Uz to, rezultati drugih istraživanja ukazuju na to da žene općenito imaju pozitivnije stavove prema oboljelima od psihičkih bolesti u odnosu na muškarce (Corrigan i Watson, 2007; Jorm i Wright, 2008). Ovi nalazi također se mogu protumačiti kroz različitu socijalizaciju muškaraca i žena, pri čemu se žene češće potiče na iskazivanje empatije i

brigu o ugroženim društvenim skupinama. U istraživanju Ekehammar, Akrami i Araya (2003) dobiveni su podatci kako žene u odnosu na muškarce imaju manje izražene eksplicitne predrasude ali ne i implicitne što ukazuje na značajan utjecaj društvenih normi pri izražavanju predrasuda. U skladu s tim nalazima, postoji mogućnost da su rezultati ispitivanja rodni razlika u stigmatizaciji posljedica disproporcionalne tendencije davanja socijalno poželjnih odgovora kod muškaraca i žena.

Iz ovog istraživanja vidljivo je kako je osobna rizičnost za razvoj poremećaja hranjenja, u interakciji s rodom, prediktor stavova prema anoreksiji na podljestvicama dugoročni ishodi i divljenje. Rodne razlike na tim podljestvicama izražene su prvenstveno kod rizičnih skupina sudionika, dok nerizični sudionici imaju podjednake stavove.

U usporedbi s ostalim skupinama sudionika, rizični muškarci smatraju da su dugoročni ishodi anoreksije lošiji, odnosno da je manja vjerojatnost da će oboljela osoba nakon adekvatnog liječenja imati kvalitetne bliske odnose i biti produktivna na poslu. Moguće objašnjenje takvih razlika temelji se na različitoj manifestaciji poremećaja hranjenja te različitim kulturalnim normama vezanim uz tjelesni izgled kod muškaraca i žena. Kod muškaraca se rijetko pojavljuju anoreksija i bulimija, a češće kompulzivno prejedanje i nespecifični oblici poremećaja hranjenja. Neki istraživači smatraju da je muskularna dismorfija (tzv. „bigoreksija“ ili „obrnuta anoreksija“) koja se trenutno svrstava pod poremećaj sheme vlastitog tijela, zapravo oblik poremećaja hranjenja koji se češće javlja kod muškaraca (Mosley, 2008; Murray, Rieger, Touyz i De la Garza Garcia, 2010). Različitost simptoma i definiranje anoreksije kao „ženskog problema“ može doprinijeti ne samo tome da se rizični muškarci ne identificiraju sa ženom oboljelom od anoreksije, već i da je u većoj mjeri stigmatiziraju. Prema hipotezi Crispa (2005) moguće je da, u slučaju kad nema identifikacije s oboljelom osobom, upravo osobna ranjivost za razvoj poremećaja hranjenja povećava stigmatizaciju drugih, onih koji su „poklekli“ pod tim poremećajem. Ipak, važno je imati na umu da kategorija rizičnosti zahvaća heterogenu skupinu u kojoj mogu postojati velike interindividualne razlike u vrsti i izraženosti simptoma te je stoga ovim zaključcima potrebno pristupiti s oprezom.

S druge strane, vidimo da je kod rizičnih sudionika, u usporedbi s nerizičnima, izraženije divljenje prema anoreksiji, posebno kod žena. Takvi rezultati sukladni su rezultatima dobivenima u istraživanju Monda i suradnika (2006) u kojem su rizične sudionice pokazivale izraženije divljenje prema oboljeloj osobi. Divljenje se može objasniti egosintonošću nekih simptoma poput uspjeha u regulaciji tjelesne težine, sposobnosti kontrole i sl., ali i potrebom za racionalizacijom vlastitog rizičnog ponašanja (Mond i sur., 2006). Kod rizičnih muškaraca je divljenje manje izraženo nego kod žena, što je i očekivano s obzirom na različit ideal tjelesnog izgleda za muškarce i za žene- dok je za žene u našoj kulturi ideal ljepote mršavost, za muškarce je to snažno, mišićavo tijelo (Grogan, 2008). Razlika između rizičnih i nerizičnih sudionika u socijalnoj distanci prema oboljelima koja je utvrđena u istraživanju Monda i suradnika (2006) nije potvrđena što ukazuje na potrebu za provođenjem dodatnih istraživanja kako bi se rasvijetlio odnos među ovim varijablama.

Zaključno, u ovom istraživanju je utvrđeno da su rod, razlike u točnosti prepoznavanja poremećaja hranjenja i osobna rizičnost za razvoj poremećaja prediktori stavova prema oboljelima od anoreksije. Kod žena, postoji razlika u vjerovanju o dugoročnim ishodima, okrivljavanju i umanjivanju s obzirom na informiranost o simptomima anoreksije dok kod muškaraca takva razlika nije utvrđena. Utvrđene su rodne razlike u stavovima prema anoreksiji na podljestvicama umanjivanje i okrivljavanje te je utvrđena statistički značajna interakcija roda i osobne rizičnosti na podljestvicama dugoročni ishodi i divljenje. Muškarci više okrivljuju oboljelu osobu i u većoj mjeri umanjuju problem, a rezultati ukazuju na mogućnost da su na nekim podljestvicama negativni stavovi posebno izraženi kod rizičnih muškaraca. S druge strane, rizične žene pokazuju izraženije divljenje prema anoreksiji. Nalazi dobiveni ovim istraživanjem mogu biti važni u planiranju strategija podizanja javne svijesti o anoreksiji te osmišljavanju i provedbi preventivskih programa. Rezultati ukazuju na nisku informiranost o anoreksiji te sugeriraju da bi u javno zdravstvenim kampanjama naglasak trebalo staviti na edukaciju i senzibilizaciju o ovom problemu, uz osviještenost o rodnim razlikama u stavovima. Kod senzibiliziranja muškaraca, trebalo bi se posebno usmjeriti na poticanje razumijevanja anoreksije i čimbenika njenog nastanka, dok bi kod žena, uz to, bilo dobro staviti dodatan naglasak na negativne strane usmjerenosti na

mršavljenje i rigoroznih dijeta te na štetne zdravstvene posljedice anoreksije, s ciljem smanjenja divljenja prema tom izuzetno ozbiljnom poremećaju.

Nedostaci i preporuke za buduća istraživanja

Pri razumijevanju nalaza ovog istraživanja važno je osvrnuti se na metodološke nedostatke i specifičnosti. Prvenstveno, kao i u većini istraživanja u ovom području, osnovni metodološki nedostatak je davanje socijalno poželjnih odgovora i ograničena mogućnost generalizacije rezultata. U ovom istraživanju uzorak sudionika bio je prigodan, a podatci su prikupljeni putem interneta. Uslijed toga, dobiveni su podatci samo od onih sudionika koji imaju pristup internetu i koji su pristali na sudjelovanje u istraživanju što se očituje u izraženim razlikama u zastupljenosti muškaraca i žena u uzorku. Ipak, takvi nedostaci su prihvatljivi s obzirom na to da je područje prediktora stavova prema anoreksiji slabo istraženo te da je cilj ovog istraživanja bio proširiti spoznaje i dati temelj za daljnja istraživanja. Važno je istaknuti kako je u ovom istraživanju korištena jedino vinjeta koja prikazuje žensku osobu oboljelu od anoreksije, na što smo se odlučili zbog iznimno visoke zastupljenosti anoreksije kod žena koje čine 90% oboljelih i činjenice da bi dodavanje još jednog opisa značajno povećalo opseg istraživanja. Uz to, iako je upitnik pomoću kojeg smo kategorizirali sudionike kao rizične/nerizične namijenjen probiru oboljelih od različitih tipova poremećaja hranjenja, i dalje ostaje pitanje u kojoj mjeri se takvim univerzalnim upitnikom može zahvatiti cijeli spektar različitih rizičnih ponašanja vezanih uz hranu i doživljavanje svog tijela. Osim toga, niža pouzdanost ovog upitnika dovodi u pitanje njegovu trijažnu učinkovitost. Iz problema našeg istraživanja proizlazi i problem neravnomjerne raspodjele sudionika u pojedine grupe, što može utjecati na ishode statističkih analiza. Taj je problem teško rješiv zbog relativno niske prevalencije rizičnosti, a mogućnost pogreške u zaključivanju je ublažena zbog toga što razlika u veličini grupa rizičnih i nerizičnih sudionika grubo održava realno stanje u populaciji. Još jedan metodološki nedostatak je činjenica da upitnik stavova prema anoreksiji i vinjeta s opisom oboljele osobe nisu sustavno validirani, iako nalazi istraživanja u kojima su korišteni ukazuju na njihovu valjanost.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da je osobna rizičnost važan prediktor stavova prema anoreksiji pa bi u budućim istraživanjima bilo dobro uključivati i tu

mjeru. U daljnjim istraživanjima trebalo bi istražiti prediktore stavova prema bulimiji, kompulzivnom prejedanju i muskularnoj dismorfiji. Bilo bi dobro da u takvim istraživanjima budu zahvaćeni stavovi i prema muškarcima i prema ženama, neovisno o rodnim razlikama u prevalenciji. Istraživanja stigme ukazuju na to da je u prevenciju važno uključiti osobe koje su izložene riziku ali i one koji su u bliskoj interakciji s njima, stoga bi bilo korisno istražiti stavove prema poremećajima hranjenja kod mlađih adolescenata, posebno jer je pokazano da u toj dobi preventivski programi mogu imati najizraženije efekte (Abroms i Maibach, 2008; Barry, 2009; Corrigan i sur., 2005; sve prema Mond i Arrighi, 2011).

Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlike u stavovima prema anoreksiji ovisno o rodu, osobnoj rizičnosti za razvoj poremećaja i uspješnosti prepoznavanja simptoma anoreksije.

1) Kod žena postoji razlika u stavovima prema anoreksiji između sudionica koje su točno prepoznali da vinjeta opisuje osobu oboljelu od anoreksije i onih koji nisu, dok kod muškaraca takva razlika nije utvrđena. Sudionice koje su točno prepoznale da vinjeta opisuje anoreksiju manje okrivljuju oboljelu osobu ($t(597) = 4.11$; $p < .01$), manje umanjuju problem ($t(411) = 4.12$; $p < .01$) i vjeruju da su dugoročni ishodi anoreksije bolji ($t(484) = 2.32$; $p < .05$).

2) Postoje rodne razlike u stavovima prema oboljelima anoreksije na podljestvicama umanjivanje ($F(1,729) = 23.11$; $p < .01$) i okrivljavanje ($F(1,729) = 26.97$; $p < .01$). U odnosu na žene, muškarci u većoj mjeri okrivljuju oboljelu osobu i umanjuju problem. Interakcija roda i osobne rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja na podljestvicama divljenje ($F(1,729) = 16.01$; $p < .01$) i dugoročni ishodi ($F(1,729) = 6.29$; $p < .01$) ukazuju na to da su rodne razlike prema anoreksiji na ovim podljestvicama izražene prvenstveno kod rizičnih skupina sudionika, dok nerizični sudionici imaju podjednake stavove. Vjerovanje kako su dugoročni ishodi anoreksije loši najizraženije je kod rizičnih muških sudionika, dok rizične žene vjeruju kako su dugoročni ishodi najpozitivniji. Kod divljenja, primjetno je izraženije divljenje rizičnih skupina u odnosu na nerizične, s tim da je kod žena divljenje izraženije u odnosu na muškarce.

Literatura

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Peto izdanje). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Američka psihijatrijska udruga (1998). *DSM-IV dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Aron, A. i Aron, E.N. (1994). *Statistic for psychology*. New York: Prentice Hall.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R.M. (2005). *Socijalna psihologija*. Zagreb: Mate.
- Branch, H., Eurman, L.J. (1980). Social attitudes toward patients with anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 631-632.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625.
- Corrigan, P.W., Lurie, B.D., Goldman, H.H., Slopen, N., Medasani, K. i Phelan, S. (2005). How adolescents perceive stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 54, 544-550.
- Corrigan, P.W. i Watson, A.C. (2007). The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-458.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S. Meltzer, H.I., Rowlands, O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crisp, A.H. (2005). Stigmatization of and Discrimination Against People with Eating Disorders Including a Report of Two Nationwide Surveys. *European Eating Disorders Review*, 13, 147-152.
- Crow, S. J. i Peterson, C.B. (2003). The economic and social burden of eating disorders. U: Maj, M., Halmi, K., Lopez-Ipor, J.J. i Sartorius, N. (Ur.). *Eating disorders* (str. 383-396). New York: JohnWiley and Sons.
- Crisafulli, M.A., Von Holle, A. i Bulik, C.M. (2008). Attitudes towards anorexia nervosa: The impact of framing on blame and stigma. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 333-339.
- Easter, M.M. (2012). "Not all my fault": Genetics, stigma, and personal responsibility for women with eating disorders. *Social Science & Medicine*, 75(8), 1408-1416.
- Ekehammar, B., Akrami, N., Araya, T. (2002). Gender differences in implicit prejudice. *Personality and Individual Differences*, 34, 1509-1523.
- Fitcher, M. i Krenn, H. (2003). Eating Disorders in Males. U: Treasure, J., Schmidt, U. i Furth, E. (Ur.). *Handbook of eating disorders* (str. 369-385). Chichester: John Wiley & Sons.

- Fragkos, K.C., Frangos, C.C., Sotiropoulos, I., Giovanis, A.N., Tilikidou, I., Manolopoulos, I. (2011). Prevalence and risk factors of eating disorders in Greek undergraduate students. *European Psychiatry*, 26 (1), 717.
- Garcia-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibanez, J.A., Lou, S., Solano, V., Alda, M.. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 51–55.
- Garcia, F.D., Grigioni, S., Chelali, S., Meyrignac, G., Thibaut, F. i Dechelotte, P. (2010). Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(7), 888-893.
- Griffiths, S., Mond, J.M., Murray, S.B. i Touyz, S. (2014). Young Peoples' Stigmatizing Attitudes and Beliefs about Anorexia Nervosa and Muscle Dysmorphia. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2),189-195.
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. London; New York : Routledge.
- Hill, L.S., Reid,F., Morgan, J.F., Lacey, J.H. (2010). SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 344-351.
- Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R., Hull, J.G. (2000). *The social psychology of stigma*. New York. The Guilford Press.
- Hoeken, D., Seidell, J., i Hoek, H.W. (2003). Epidemiology. U: Treasure, J., Schmidt, U. i Furth, E. (Ur.). *Handbook of eating disorders* (str.11-35). Chichester: John Wiley & Sons.
- Holliday, J., Wall, E., Treasure, J., Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: a comparison with lay men and women. *Internatonal Journal of Eating Disorders*. 37(1), 50–56.
- Hrvatska psihološka komora (2005). Kodeks etike psihološke djelatnosti Hrvatske psihološke komore. http://www.psiholoska-komora.hr/static/documents/dok_kodeks_etike.pdf
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Kessler, R.C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.
- Hunt, J.S., Rothman, A.J. (2007). College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. *Appetite*, 48(3), 289-300.

- Jorm, A.F. i Wright, A. (2008). Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 144-149.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, L., Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 31(5), 881-890.
- Mond, J.M., Robertson-Smith, G. i Vetere, A. (2006). Stigma and eating disorders: Is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community? *Journal of Mental Health*, 15(5), 519-532.
- Mond, J.M. i Arrighi, A. (2011). Gender differences in perceptions of the severity and prevalence of eating disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 41-49.
- Morgan, J.F., Reid, F., Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: assesment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319, 1467-1468.
- Mosley, E. (2008). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 191-198.
- Murray, S.B, Rieger, E., Touyz, S.V. i De la Garza Garcia, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 483-491.
- Muro-Sans, P., Amador-Campos, J.A., Morgan, J.F. (2008). The SCOFF: psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 81-6.
- Nasser, M. i Katzman, M. (2003). Sociocultural Theories of Eating Disorders: An Evolution in Thought. U: Treasure, J., Schmidt, U. i Furth, E. (Ur.), *Handbook of eating disorders* (str.139-150). Chichester: John Wiley & Sons.
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 201-214.
- O'Hara, S.K. i Smith, K.C. (2007). Presentation of eating disorders in the news media: What are the implications for patient diagnosis and treatment? *Patient Education and Counseling*, 68(1), 43-51.
- Palmer, B. (2003). Concepts of Eating Disorders. U: J. Treasure, U. Schmidt, i E. Furth, (Ur.), *Handbook of eating disorders* (str.1-11). Chichester: John Wiley & Sons.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., Pescosolido, B.A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 188-207.

- Pokrajac-Bulian, A. (2000). *Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja*. Neobjavljena doktorska disertacija. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Polivy, J. i Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213.
- Roehrig, J.P. i McLean, C.P. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 671–674.
- Rueda, G.E., Díaz, L.A., Campo, A., Barros, J.A., Avila, G.C., Oróstegui, L.T., Osorio, B.C., Cadena Ldel, P. (2005). Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders in university women. *Biomedica*, 25(2), 196-202.
- Rusch, N., Angermeyer, M.C., Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20 (8), 529–539.
- Serpell, L. i Troop, N. (2003). Psychological Factors. U: Treasure, J., Schmidt, U. i Furth, E. (Ur.), *Handbook of eating disorders* (str.151-169). Chichester: John Wiley & Sons.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25 (2), 177–186.
- Siervo, M., Boschi, V., Papa, A., Bellini, O., Falconi, C. (2005). Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT 26) and Eating Inventory (TFEQ) Questionnaires in young women seeking diet-therapy. *Eating and Weight Disorder*, 10(2), 76-82.
- Stewart, M.C., Keel, P.K., Schiavo, R.S. (2006). Stigmatization of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 320–325.
- Steinhausen, H.C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Striegel-Moore, R., Leslie, D., Petrill, S.A., Garvin, V., Rosenheck, R.A. (2000). One Year Use and Cost of Inpatient and Outpatient Services Among Female and Male Patients with an Eating Disorder: Evidence from a National Database of Insurance Claims. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 381-389.
- Striegel-Moore, R.H., Bulik, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181–198.
- Treasure, J., Claudino, A.M. i Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-593.
- Treasure, J. i Schmidt, U. (2003) Treatment Overview. U: Treasure, J., Schmidt, U. i Furth, E. (Ur.), *Handbook of eating disorders* (str.369-385). Chichester: John Wiley & Sons.

- Ward, A. i Gowers, S. (2003). Attachment and Childhood Development. U: Treasure, J., Schmidt, U. i Furth, E. (Ur.), *Handbook of eating disorders* (str.103-121). Chichester: John Wiley & Sons.
- Way, K. (1995). Never Too Rich...Or Too Thin. A Role of Stigma in Social Construction of Anorexia Nervosa. U: Maurer. D. i Sobal, J. (Ur.). *Eating Agendas: Food and Nutrition As Social Problems* (str. 91- 113). New York: Transaction Publishers.
- Wilfley, D.E. i Rodin, J. (1995). Cultural Influences on Eating Disorders. U: Brownell, K.D. i Fairburn, C.G. (Ur.). *Eating Disorders and Obesity* (str. 78-82). New York: The Guilford Press.
- Wingfield, N., Kelly, N., Serdar, K., Shivy, V.A., Mazzeo, S.E. (2011). College students' perceptions of individuals with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 44(4), 369–375.
- World Health Organization (WHO), Regional office for Europe (2014). *Mental health*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicablediseases/mentalhealth/mental-health>.
- Yager, J. i Andersen, A.E. (2005). Anorexia Nervosa. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1481-1488.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D.L., Deter, H.C., Herzog, W. (2002). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, 335 (9205), 721-722.

Prilozi

Prilog 1a

Faktorska analiza Upitnika stigme o anoreksiji

	Faktori				
	1	2	3	4	5
Ako pretpostavimo da će Marija dobiti primjeren tretman, mislite li da će ona dugoročno:					
1. Imati dobra prijateljstva.	.874				
2. Imati razumijevanja za osjećaje drugih.	.841				
3. Imati dobar brak.	.908				
4. Biti produktivna zaposlenica	.902				
5. Biti dobar roditelj	.895				
14. Da ste Vi poslodavac/poslodavka i znate za Marijino stanje, u kojoj mjeri biste bili spremni pozvati ju na intervju za posao?		.828			
15. Da ste Vi stanodavac/stanodavka i znate za Marijino stanje, u kojoj mjeri biste bili spremni iznajmiti joj stan?		.791			
16. Koliko biste bili spremni biti najbolji prijatelj/prijateljica s Marijom?		.697			
8. U kojoj mjeri mislite da bi se Marija trebala „srediti“ i prijeći preko toga?			.719		
10. U kojoj mjeri mislite da Marija može samo sebe kriviti za stanje u kojem se nalazi?			.738		
11. Mislite li da je Marija umišljena?			.607		
17. Smatrate li Marijino ponašanje iritantnim?		.340	.576		
19. Jeste li ikad pomislili da možda ne bi bilo loše imati Marijin problem s obzirom da je ona uspjela izgubiti na težini?				.925	
20. Koliko zavidite Mariji na njejoj sposobnosti da kontrolira svoju tjelesnu težinu?				.934	
6. Što mislite koliko bi bilo stresno imati Marijin problem?					.828
9. Što mislite koliko je Marijin problem ozbiljan?					.796

Prilog 1b

Korelacijska matrica faktora za Upitnik stigme o anoreksiji

	1	2	3	4	5
1	-				
2	0.27**	-			
3	0.20**	0.23**	-		
4	0.06	-0.22	0.07	-	
5	0.21**	0.04	0.23**	0.23**	-

**p<.01

Prilog 2

Vinjeta s opisom simptoma anoreksije prema DSM-IV

Marija je 15-godišnja učenica srednje škole. Marija je postala veoma svjesna promjena u obliku svog tijela koje su se pojavile s početkom puberteta. U vrijeme polaska u srednju školu uključila se u fitness program u teretani i počela je trčati svaki dan. Zahvaljujući uloženom trudu, postepeno je počela gubiti na težini. U isto vrijeme, Marija je počela s dijetom. Izbjegavala je svu hranu koja bi je mogla udebljati, nije jela između obroka i pokušavala je jesti preporučene porcije zdrave hrane svaki dan. Nekim danima Marija uopće ne bi jela. Uz ovakvu kombinaciju dijetе i vježbanja, Marija je uspjela još smršaviti, te je njena tjelesna težina postala prilično ispodprosječna za njezinu dob i visinu. Uskoro je prestala dobivati mjesečnice. Unatoč tome što postaje sve mršavija i ispijena, Marija ne priznaje da je pothranjena. Užasno se boji toga da će postati debela i odbija poduzeti išta kako bi dobila na težini. Kao rezultat toga, odnos između Marije i njenih roditelja postaje zategnut, a Marijine ocjene u školi počinju se pogoršavati.

Prilog 3

Postotak sudionika koji su odabrali pojedini odgovor na pitanje koji je glavni problem osobe opisane u vinjeti (opisani su simptomi anoreksije do DSM-IV klasifikaciji).

	<i>Muškarci</i>	<i>Žene</i>
Anoreksija	24.4%	51.9%
Nisko samopoštovanje	48.9%	34.9%
Bulimija	3.1%	0.3%
Poremećaj hranjenja ali ne anoreksija ili bulimija	7.6%	7.7%
Nedovoljna ishrana	3.8%	1.3%
Problem ili poremećaj povezan s vježbanjem	0 %	0.3%
Depresija	3.1%	0.7%
Problem ili poremećaj povezan s anksioznosti	5.3%	2.7%
Stres	1.5%	0%
Nema problem, ovo je samo faza	2.3%	0.2%